IZPP Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil ISSN: 1869-6880



# Der Abbruch des weiblichen Diskurses in der Fibromyalgie

Guillermo Ruiz Pérez

## Abstract

Die Fibromyalgie hält die traditionelle Diskussion über die psychosomatischen Erkrankungen in einer ganz besonderen Weise offen. Die wenigen Fortschritte hinsichtlich einer biologischen Erklärung dieser Störung lassen aber die Reihenfolge zwischen psychischen Prozessen und ihren körperlichen Auswirkungen unklar. In unserer Forschung beziehen wir uns auf ein in der Subjektivität verwurzeltes Verständnis der Fibromyalgie. Eine umfassendere, personenorientiertere Betrachtung dieses kranken Daseins sollte angestrebt werden. Der Fall Elisabeth von R. in den Freud'schen *Studien über Hysterien* gibt unseres Erachtens den Ausgangspunkt einer weitergehenden Darstellung des Krankheitsbilds der an Fibromyalgie erkrankten Patientinnen, die wir auch gewissermaßen in unserer Praxis gefunden haben. Die Diskussion wird auf der Ebene der Subjektivität der Patientinnen dargelegt. In diesem Artikel wird diskutiert, ob bei den an Fibromyalgie erkrankten Patientinnen eine Art von Verlust im Raum steht, und zwar in dem Sinne, dass ein bestimmtes Verständnis des Frauenseins dabei verlorengeht.

## Schlüsselwörter

Fibromyalgie, Verlust, narrative Identität, Weiblichkeit, Freud, Lacan.

## Abstract

*The interruption of the feminine discourse in the fibromyalgia***.** Fibromyalgia keeps the discussion about the psychosomatic diseases open in a particular way. The few improvements with regard to its biological explanation let the sequence between psychological processes and their effects on the body unclear. In our study we refer to a comprehension of the fibromyalgia, which is rooted on the subjectivity of the patients. A wider, to the person-oriented examination of this disordered *Dasein* should be at once aimed. The case of Elisabeth von R. in Freuds *Studies on Hysteria* gives the starting point of a far-reaching exposition of the symptoms of fibromyalgia, which we also found in our practice. The discussion is on the level of the subjectivity of the patients developed. We will expose in this article how a form of loss is involved in patients with fibromyalgia, namely, how a particular comprehension of being woman is abolished.

## Keywords

Fibromyalgia, loss, narrative identity, feminity, Freud, Lacan.

„In der Hilflosigkeit des Daseins ist es
der Aufschwung des Seins in mir."
(Jaspers 1932)

**Einleitung**

Die Definition, die Diagnostik und die Behandlung der Fibromyalgie stellen eine der umstrittensten Debatten in der Medizin auf internationaler Ebene dar. Es sieht so aus, dass aus der rein somatischen Perspektive nur fragwürdige Erkenntnisse abzuleiten sind (Branco, 2010). Die Art, in der die aktuelle medizinische Wissenschaft der Fibromyalgie begegnet, zeigt unüberwindbare Hürden, wenn sie versucht, ein Verständnis der Erkrankung anzustreben, ohne das subjektive Erleben der Patientinnenzu betrachten. Diese Beschränkung des auf psychosomatische Prozesse angewandten Positivismus taucht mit aller Deutlichkeit im Rahmen der sogenannten *medically unexplained symptoms* (MUS) (Reid et al., 2001) auf. Diese sind meistens unter dem Begriff „Somatisierungsstörungen“ eingruppiert worden, was zu der Erniedrigung dieser Kategorie geführt hat, die mit einem weitgehenden Misstrauen den psychosomatisch kranken Menschen gegenüber seitens sowohl der behandelnden Ärzte als auch großer Sektoren der Gesellschaft einhergeht (Ware, 1992). Nicht selten werden diese Erkrankungen als zu der Menschlichkeit gehörendes Leiden bezeichnet oder als bloße psychische Auffälligkeiten stigmatisiert (Zavestoski et al., 2004). Aus der aufgrund dieser beschränken Betrachtung stets unzufriedenen Hilfeforderung leitet sich eine endlose Pilgerfahrt der Patientinnen durch mannigfaltige Fachrichtungen ab, die in vielen Ländern zu einer Überforderung der allgemeinmedizinischen Praxis führt (Nampiaparampil & Shmerling, 2004). Andererseits zeigt die Fibromyalgie seit der Definition ihres Begriffes eine weltweit hohe Prävalenz (Croft et al., 1993, 1994; Queiroz, 2013), die unseres Erachtens in Zusammenhang mit der dargestellten Problematik einen neuen Gesichtspunkt fordert.

Mit unserer Begegnung der Fibromyalgie vertreten wir eine erneute und notwendige anthropologische Kehre der medizinischen Forschung anlässlich der psychosomatischen Erkrankungen. Die positivste Methode, die heutzutage die technische Entwicklung der Wissenschaften beherrscht, versagt, wenn sie die *Inkommensurabilität* des Menschlichen übersieht. Die Fibromyalgie scheint uns ein paradigmatisches Beispiel in diesem Sinne zu sein. Die Schwierigkeiten kommen unmittelbar, wenn die Naturwissenschaften es nicht schaffen, all ihr Material zu vergegenständlichen: Was in solchen Wissenschaften erforscht wird, sind keine *Gegenstände,* sondern *Subjekte*. Es sieht so aus, als ob sie in dieser Bewegung unter dem „transzendentalen Schein“ (Fink et al., 1988) leiden: sie berichten von etwas, welches kein Gegenstand ist – der Mensch –, als ob er ein Gegenstand *wäre*. Solch ein „unvermeidlicher Horizont“ (Bloch, 1959) stellt sich im Hintergrund unserer Forschung vor: Eine Kritik des Positivismus muss auf der Ruine desselben Positivismus anlässlich der Fibromyalgie aufgebaut werden. Durch solch eine Kritik muss das Menschliche nochmals in das Zentrum der Diskussion gestellt werden und parallel muss der Mythos der Modernität aufgehoben werden, wie Deschoux (Deschoux, 1972) es bezeichnete: „die Idee, dass die Wissenschaft dem Menschen den Menschen selbst dereinst entdecken werde“[1]. Das heißt, dass die modernen Wissenschaften den Menschen durch seine akribische materielle Untersuchung vollständig verstehen mag. Die Paradoxie wäre, dass *was sich da anwesend darstellt, der Mensch selbst ist*. Dumont (1981) schilderte deutlich solche Anmerkung in seinem Buch *L'Anthropologie en l'absence de l'homme*: „die wissenschaftliche Anthropologie berichtet von uns aber aus einem Ort, wo wir nicht mehr betroffen sind“. Auf diese Weise haben die Wissenschaften *auf einen vollständigen Diskurs des Menschlichen verzichtet* und sie beschäftigen sich getrennt mit Studien der Sprache, des Handelns, der Kultur, der Wirtschaft, der Krankheiten. Für die aktuelle Medizin gibt es keine Patientinnen mehr: es gibt *Erkrankungen*, die behandelt werden müssen. Es besteht ein unüberwindbarer Abstand zwischen dem Menschen, der an einer bestimmten körperlichen oder seelischen Erkrankung leidet, und der Erkrankung selbst. „Sie sind menschliche Wissenschaften, *wo der Mensch tatsächlich abwesend ist*“ (San Martín Sala, 2014).

Im diesen Rahmen nähern wir uns der  Krankheit ausschließlich aus der subjektiven Erfahrung der Patientinnen,

d. h. aus ihrem Erscheinen innerhalb der Subjektivität *dieses* Kranken. Wir beziehen uns einerseits auf die fruchtbare Tradition der anthropologischen Psychiatrie (Binswanger, 1922; Minkowski, 2007; Valenciano Gaya, n.d.; Zutt & Kulenkampff, 1958; Zutt, 1963). Andererseits schließen wir uns an das Verständnis der psychischen Vorgänge der Psychoanalyse Freuds und Lacans an. Die hier vorgestellten philosophischen und psychiatrischen Betrachtungen stützen sich auf die Ergebnisse einer umfassenderen Arbeit (Ruiz-Pérez, 2018), die in Spanien 2018 mit der Unterstützung der *Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de* Sevilla (*APAPSIS*, n.d.) stattfand und in der der subjektive Krankheitsablauf von an Fibromyalgie erkranken Patientinnen mithilfe phänomenologischer Methodenlehre (Garcia-Arroyo, 2016) erforscht wurde.

Die These, die wir in diesem Artikeln skizzieren möchten, ist, dass die Erfahrung eines Verlustes eine grundlegende Rolle in dem Auftreten der Fibromyalgie spielt und zwar eines Verlustes der narrativen Kontinuität des Subjekts. Dieser Verlust enthüllt die durch eine bestimmte Erzählung und die langjährig verdrängte Frage danach, was es heißt, *eine Frau zu sein*. Man mag dagegen einwenden, dass es mangelhaft sei, eine Studie des Menschlichen in der Fibromyalgie nur auf ein Geschlecht zu reduzieren. Auf der einen Seite kann man antworten, dass die Epidemiologie für sich selbst spricht (Cabo-Meseguer et al., 2017; Queiroz, 2013). Andererseits beziehen wir uns sowohl auf die psychoanalytische Idee des *Unsagbaren* der Weiblichkeit als auch auf die Trennung zwischen biologischem Geschlecht und sexueller Identität (Freud, 1920, 1926; Lacan, 1975b), die dem Determinismus sexueller Zuschreibung oppositionell gegenübersteht. Unsere Betrachtungen achten nicht auf die Frau als Geschlecht, sondern als Position, die nicht genetisch oder körperlich determiniert ist. Gleichfalls mag unsere Annährung an das phänomenologische Erscheinen der Fibromyalgie die Herausforderung einer notwendigen bio-psycho-sozialen Perspektive der psychosomatischen Erkrankungen (Turk & Adams, 2016) angesichts eines umfassenden Verständnisses annehmen.

## 1. Der Fall Elisabeth von R. in der Freud’schen *Studien über Hysterie*

Es scheint heutzutage schwierig, den Signifikant *Hysterie* bedenkenlos in Anspruch zu nehmen, ohne sich rechtfertigen zu müssen. Diese Diskussion stellt sich grundsätzlich auf der Ebene der Sprache und der Nebenbedeutungen dieses Wortes dar. Ein Versuch, die Fibromyalgie mit der reinen Hysterie völlig gleichzustellen, ist aber hier nicht anzustreben. Davon ausgehend scheint in der Literatur der von Sigmund Freud beschriebene Fall von Elisabeth von R. (Freud, 1952) von großer Ähnlichkeit zu dem Krankheitsbild einer Fibromyalgie zu sein. Selbst Freud stimmte zu, dass es sich bei diesem Fall nicht um eine klassische Hysterie handelte. Wir werden die wichtigsten Aspekte ihres Krankheitsverlaufs in zwei Gruppen einteilen, die später mit denen unserer interviewten Patientinnen verglichen werden.

### 1.1 Körperliche Symptome

Elisabeth von R. wurde Freud von einem Kollegen, der mit ihrer Familie befreundet war, als ein hysterischer Fall vorgestellt. Elisabeth, die zu dem Zeitpunkt vierundzwanzig Jahre alt war, litt jahrelang unter Schmerzen „unbestimmter Natur“, etwa einer „schmerzhaften Müdigkeit“, die mit einer Hyperalgesie der Haut und Muskulatur einherging. Die Intensität der Schmerzen bildete sich am stärksten an den Oberschenkeln, obwohl sie beim Drücken fast ubiquitär auslösbar waren. Diese waren aber auch von einer Abasie sowie vorgebeugter Oberkörperhaltung begleitet, die aber zu einer unauffälligen Gangart führte.

Die Beschwerden von Frau von R. entwickelten sich allmählich innerhalb von zwei Jahren, in denen ihre Intensität wechselte. Sowohl in ihrer Vorgeschichte als auch in der derzeitigen Manifestation der Symptomatik ergab sich „kein Anhaltspunkt für die Annahme ernsterer organischer Affektion“. Im Laufe der Behandlung

fiel Freud auf, einerseits wie vage die Angaben der Patientin, die er für hochintelligent hielt, bezüglich des Charakters der Schmerzen waren, andererseits ihre untypische Lokalisation im Vergleich zu anderen Hysterikerinnen. Diese Vorfälle zwangen Freund zu einer bedenklichen Annahme der Diagnose. Interessanterweise schienen die Beschwerden der Patientinnen eher als ein „Begleitphänomen“ anstatt eines vorrangigen, definierten Symptoms, was bei einer klassischen Hysterie nicht der Fall wäre. Angesichts aller Unklarheit dieses Krankheitsbildes traute Freud sich sogar nicht, die Idee einer rheumatologischen Ursache auszuschließen.

### 1.2 Narrativer Hintergrund

Der Krankheitsauftritt scheint von einem Zusammenfluss unglücklicher familiärer Vorgänge abgeleitet werden zu können: „Zuerst sei der Vater der Patientin gestorben, dann habe die Mutter sich einer ernsten Operation an den Augen unterziehen müssen und bald darauf sei eine verheiratete Schwester der Kranken nach einer Entbindung einem alten Herzleiden erlegen“.

Aus den Erinnerungen von Frau von R. ergab sich, dass sie aufgrund der getrübten Gesundheit ihrer Mutter durch ein Augenleiden und „nervöse Zustände“ eine enge, zärtliche Beziehung zu ihrem Vater angenommen hatte. Sie war die jüngste von drei Schwestern und ihr Vater hatte in ihr einen Ersatz eines Freundes und eines Sohnes gesehen. Aus den Gesprächen mit ihm stammte ihre besondere intellektuelle Anregung, die sie dazu führte, auf die Ehe zugunsten ihrer akademischen Interessen zu verzichten. Der Vater erkrankte an einem Herzleiden, das nach eineinhalb Jahren sein Leben beendete. Während dieser Zeit übernahm Elisabeth von R. den ersten Platz in der Pflege ihres bettlägerigen Vaters: „Sie schlief im Zimmer des Vaters, erwachte nachts auf seinen Ruf, betreute ihn tagsüber und zwang sich, selbst heiter zu scheinen, während er den hoffnungslosen Zustand mit liebenswürdiger Ergebenheit ertrug“. Es war erst zwei Jahre nach dem Ableben des Vaters, als sie anfing, sich krank zu fühlen und ihre Schmerzen wahrzunehmen.

Die Lücke, die der Vater in ihrem Leben hinterließ, füllte sie durch die pflegerische Begleitung ihrer Mutter, die aufgrund einer Augenkrankheit operiert wurde. Elisabeth von R. fokussierte ihre ganze Aufmerksamkeit und „Sorgfalt auf die überlebende Mutter“. Des Weiteren heirateten beide Schwestern in den folgenden Jahren, wobei die Patientin eine besondere Zuneigung für den Schwager der zweiten Schwester entwickelte, sodass sie sich sogar mit der Idee der Ehe versöhnen konnte. Mit ihm konnte Frau von R. intellektuell reizvolle Gespräche führen, die denen, die sie mit ihrem Vater geführt hatte, ähnelten. Selbst diese Schwester wagte zu sagen: „Eigentlich hättet Ihr zwei sehr gut zueinander gepasst“. Während eines Aufenthalts in Gastein, wohin Frau von R. in Begleitung ihrer Mutter verreist war, nachdem ein Arzt ihr eine Badekur gegen ihre Schmerzen empfohlen hatte, starb die zweite Schwester, die gravid war, an einem Herzleiden, welches von der Gravidität ausgelöst wurde. Demzufolge warf Frau von R. sich vor, dass sie sich von ihrer Schwester aufgrund ihres Leidens nicht verabschiedet habe und sie bettlägerig alleine sterben haben lasse, „ohne ihre letzten Tage durch ihre Pflege verschönt zu haben“.

Als Frau von R. nach der Reise aus Gastein bei ihrer Schwester ankam, tauchten alle diese Vorwürfe auf. Trotzdem fiel ihr in demselben Moment etwas Unsagbares ein, das der letzte für unsere Zwecke erwähnenswerte Vorfall ist: „der Gedanke, der wie ein greller Blitz durchs Dunkel fuhr: Jetzt ist er [der Schwager] frei, und ich kann *seine Frau* werden“.

## 2 Krankheitsverläufe unserer Patientinnen

In unserer Studie interviewten wir acht Patientinnen, die unter Fibromyalgie leiden. Wir gingen von einer

kritischen Anschauung der üblichen Begegnung dieser Erkrankung aus und richteten unsere Forschung auf das subjektive Erlebnis mit der Absicht, das Krankenbild besser zu verstehen und die tatsächlichen Bedürfnisse der Patientinnen zu erforschen. Unsere Interviews fanden im Frühling 2018 statt und alle Patientinnen erklärten sich mit dem forschungsmäßigen Ziel dieser Gespräche einverstanden. Die damaligen Ergebnisse regen jetzt erst nach zwei Jahren zu einer tieferen Betrachtung an: es wird hier versucht, sich vorzustellen, wie sowohl bei unseren Patientinnen als auch bei Elisabeth von R. eine Art von Verlust im Raum stand. Dies mag scheinen, etwas nicht Seltenes bei vielen psychosomatischen Kranken zu sein, wie beispielweise der Tod einer geliebten Person oder eine Ehescheidung. Wir streben hier aber an, einen viel grundlegenderen Verlust zu schildern, der sich selbst nicht direkt – weder bei dem Therapeuten noch bei den Patientinnen selbst – erkennbar macht, und zwar, der Verlust der Kontinuität einer subjektiven Art von *Frausein*.

Unsere Patientinnen zeigten die reine klassische Symptomatik einer vom Rheumatologen bereits diagnostizierte Fibromyalgie: Gelenk- und Muskelschmerzen, Hyperalgesie der Haut, unüberwindbare Müdigkeit, Schlafs-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Ihr Alter lag zwischen 51 und 71 Jahren, wobei die Erkrankung zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr zum ersten Mal auftrat. Alle erfüllten das Profil einer ehrgeizigen, intelligenten, hilfs- und opferbereiten Frau. Es fiel ihnen aber gleichermaßen schwer, ihre Beschwerden zu beschreiben. Sie trafen stets auf Schwierigkeiten, mit Wörtern eine genaue Schilderung ihrer Krankheit zu schaffen, was nicht selten zu der Aussage führte, sie wüssten nicht genau, was sie hätten:

„Ich weiß nicht, was ich habe … Ich kann es nicht beschreiben … sind das die Schmerzen oder die Apathie? Ich kann es nicht genau sagen.“

„Ich weiß nicht, ob ich Fibromyalgie habe oder ob ich einfach depressiv bin … Aber ich habe etwas, obwohl ich es nicht beschreiben kann. Ich möchte keine Depression haben, ich habe sehr intensiv dagegen gekämpft.“

Aus dieser Ungewissheit ließ sich eine Forderung nach äußerlicher Anerkennung ableiten: Wo die Selbstbestimmung nicht erreicht wird, wird sie nach draußen gefordert:

„Alles, was ich möchte ist, dass diese Erkrankung ernst genommen wird. Es kann ja nicht sein, dass keiner uns anerkennt! Wir sind auch Kranke, wissen Sie? Alle denken, dass wir schauspielern. Ich habe etwas. Warum werde ich nicht als Kranke anerkannt? Und die Ärzte sind diejenigen, die am wenigsten Verständnis für die Fibromyalgie haben…“

„Ich wäre glücklich, wenn irgendwelche Forscher entdeckten, was diese Krankheit ist, und mir genau sagten, woran ich leide.“

### 2.1 Entstehung der Symptomatologie

Die verschiedenen Krankheitsgeschichten stammen immer aus einem von der Patientin erkennbaren Zeitpunkt, der von einer ausgeprägten psychischen Belastung begleitet war. Die Schmerzen begannen in der Regel ein oder zwei Jahre nach dem jeweiligen Zusammenbruch, der ihre Leben aus ihren subjektiven Erfahrungen in Schach hielt. Es gab aber keine direkte körperliche Störung, die die Einsetzung des Leidens erklären könnte. Anhand der hartnäckigen Mühe, eine physische Ursache zu finden, schien auffällig, dass ihre Rede fast ausschließlich auf die dazu psychisch bedingten Umstände bezogen war.

„Alles fing an, als ich mich von meinem Ehemann scheiden ließ. Das war eine traumatische Scheidung…“

„Ich habe die Fibromyalgie seitdem ich mich einer Gebärmutterentfernung unterzog.“

„Mir geht’s so schlecht seit der Abtreibung, die ich mit dreißig hatte. Dabei verlor ich viel Blut und ich hatte jahrelang eine Anämie…“

„Die Scheidung meiner Tochter…seitdem bin ich krank. Sie hatte so einen guten Mann gefunden! Ich bin sogar mit ihm immer noch in Kontakt. Ich habe das noch nicht überwunden … Ich mache mir ständig Sorgen, wenn meine Tochter jetzt feiern geht und andere Männer kennenlernt … Es passieren den Frauen so viele schlimme Sachen in letzter Zeit, wissen Sie?“

„Vor einem Jahr ist mein Vater verstorben. Ich habe ihn fast alleine gepflegt, weil meine Mutter selbst auch alt ist und seine Versorgung nicht leisten konnte … Mein Bruder hat sich nie wirklich um unsere Eltern gekümmert … Ich war ja das Mädchen und in meiner Familie sind wir immer noch sehr traditionell … Die Frauen sind diejenigen, die die Pflege machen müssen.“

Es ergaben sich drei relativ homogenen Bereiche, aus denen die narrative Darstellung der Patientinnen entstand: die Kinder, die Eltern und die weibliche Verkörperung. Sie waren aber nicht gleichermaßen und gemeinsam bei jeder Patientin. Die ersten zwei mögen eine Gemeinsamkeit im Sinne der Pflege haben; die dritte bezieht sich auf die leibliche Konstitution, auf das verkörperte Subjekt. Jede Patientin erfuhr in einer oder mehreren dieser Ebenen eine Grenzsituation, die den Kern ihrer Biographie berührte, beispielweise: der Tod des jahrelang kranken Vaters, der Auszug der Kinder aus dem Familienhaus, die angeborene Erkrankung einer Tochter, die Entfernung der Gebärmutter, das Auftreten der Menopause u.v.m. War die Krankheit einmal vorhanden, verschlimmerte sich ihr Verlauf parallel zu den Schwankungen der zitierten Auslöser:

„Die Schmerzen verschlimmern sich, wenn ich gestresst bin. Zum Beispiel wenn es meinen Kindern schlecht geht. Seit einem Jahr ist meine Tochter arbeitslos und mein Sohn arbeitsunfähig. So etwas löst meine Schmerzen aus! Mir geht es so schlecht, dass ich es sogar nicht aushalten kann, wenn etwas meine Haut berührt.“

„Unsere Mutter ist seit zwei Jahren fast bettlägerig … Ich habe andere Geschwister, die auch dafür sorgen … aber ich war immer sehr nah zu ihr, wissen Sie? Ich fühle ja eine andere Art von Verantwortung ihr gegenüber…“

„Meine Schmerzen gehen oft mit dem Verlauf der Krankheit meiner Tochter einher. Seit einigen Wochen geht es ihr wieder schlecht … Ich mache mir immer den Vorwurf, dass ich vielleicht was falsch gemacht habe, als sie geboren wurde, und deswegen ist sie von Geburt an krank … Ich weiß es nicht … Ich komme nicht darüber hinweg! Ich fühle mich schuldig … Das ist das allererste Mal, dass ich jemandem sowas sage…“

„Als meine Tochter ins Ausland umgezogen war, ging es mir besonders schlecht. Meine Tochter ist sehr schusselig, wissen Sie? Und dann eine neue Stadt, eine neue Sprache … Ich hatte so eine riesen Angst, dass ich zum Psychologen gehen musste … Jetzt sagt meine Tochter, dass dieser der beste Moment ihres Lebens war und ich konnte kaum schlafen!“

### 2.2. Phänomenologische Interpretation: der Abbruch des narrativen Diskurses

Man mag mit aller Deutlichkeit die Gemeinsamkeiten zwischen Elisabeth von R. und den von uns interviewten Patientinnen sehen. Freuds Deutung des Falls Elisabeth von R. gliedert sich in die Verdrängung einer unerträglichen Vorstellung bzw. der Liebe zu dem verwitweten Schwager sowie in den Tod ihres Vaters, zugunsten dessen Elisabeth von R. auf viel in ihrem Leben verzichtet hatte. Alles hätte zu einer unvollständigen Konversion geführt, die das Erscheinen einer Abwehrhysterie sei. Wir entfernen uns von dieser Interpretation, der unseres Erachtens die künftige Entwicklung der psychoanalytischen Theorie fehlt, insbesondere die Weiterentwicklung der Idee der *Weiblichkeit*, die in dem Spätwerk Freuds und Lacans erforscht wird.

Jacques Lacan entwickelte in seinem zwanzigsten Seminar („*Encore*“) (Lacan, 1975b) seine Theorie der weiblichen Sexualität, obwohl er bereits in seinem achtzehnten Seminar (Lacan, 2006) die These „*die Frau existiert nicht*“ („~~*La*~~ *femme n‘existe pas*“) vorwegnahm. Dieses Zitat repräsentiert die Verneinung einer Verallgemeinerung: es ist der Artikel, der gestrichen ist, und nicht das Substantiv, das heißt, es ist *die Frau* als universaler Begriff, welche nicht existiert bzw. der Signifikant, der die Menge der Frauen instituiert und der eine bestimmte Bedeutung abdeckt. Dieser Signifikant fehlt, demzufolge ist nicht zu verallgemeinern, wie es ist, *eine-Frau-zu-sein*. Dass *die* Frau nicht existiert, weist darauf hin, dass es nicht vorgeschrieben ist, was *eine*-Frau-zu-sein hat. Dementsprechend ergeben sich genauso viele Antworten auf diese Frage, wie es Frauen gibt. Da kein Muster vorliegt, das man hinsichtlich der weiblichen Konstitution der Identität in Anspruch nehmen kann, muss diese Aufgabe noch erledigt werden.

Aus demselben Grund meinte Lacan, diese Frage sei die wirkliche Quelle jeder neuen Erkenntnis (Lacan, 1975a). Sie betrifft beide sexuelle Identitäten in struktureller Weise, d. h. sowohl die weibliche als auch die männliche sexuelle *Position* müssen sie konfrontieren. Es wird eine individuelle, von den Umständen ebenfalls geprägte Antwort gegeben, die für einen bestimmten Zeitraum einen Halt konstituiert. Diese hat mit den narrativen Rollen, die den Frauen – seitens der Gesellschaft, der Familie oder sich selbst – zugeschrieben werden, zu tun. So ist es der Fall bei unseren Patientinnen: die Pflegerin, die Mutter, die Tochter, die Ehefrau… Diese werden genauso von der familiären Kultur gerechtfertigt und erschienen, natürlich zu sein oder wurden lieber als etwas Natürliches dargestellt und angenommen, während die meisten die Folgen eines bloß sozialen Konstrukts waren. Es kommt nicht selten vor, dass innerhalb einer Familie bestimme Rollen transgenerational übertragen werden. Wir beziehen uns hier nicht nur auf die traditionellen, bereits altmodischen Zuschreibungen, unter deren die Frauen im Verlauf der Geschichte gelitten haben, sondern auch auf alle anderen, die in der modernen Kultur auftauchen. Es schließt sich der narrativen Eigentümlichkeit der Identität (Ricoeur, 1987) an: Der Mensch ist eine biographische Realität bzw. eine Realität, die erzählt werden kann und deren Sinn im Kontext seiner Geschichte entziffert werden muss (Marías, 1947). Diese Eigenschaft des menschlichen Daseins, erzählt werden zu können, gilt als Grundlage einer narrativen Kontinuität des Selbst.

Bei dem Fall Elisabeth von R. sowie bei unseren Untersuchungen hebt sich hervor, dass jede Frau ein besonderes Verständnis des *Frauseins* hatte bzw. jede Patientin hatte in einer persönlichen, subjektiven Weise eine Form gefunden, *eine bestimmte Frau* zu sein. Sie schafften es jahrelang, eine funktionelle Interpretation zu besitzen, woraus ihr eigenes *Frausein* bestand. Diese hängte zweifellos von ihren leiblichen, ökologischen sowie intersubjektiven Aspekten der Identität ab (Neisser, 2008), deren Absturz eine Grenzsituation (Jaspers, 1932) loskettete. Solche Interpretation erlaubte ebenfalls eine narrative Kontinuität des Selbst: Sie konnten vorankommen, da sie sich nicht mehr mit der grundlegendsten Ungewissheit des Selbst auseinandersetzten mussten.

Unserer Deutung nach erfuhr Frau von R. einen Verlust, bei dem es sich nicht um etwas durch die Symbolisierung Ergreifbares handelte, sondern um einen zugrundeliegenden Stützpunkt des *weiblichen* Selbst, und zwar, die bis dahin gültige Antwort an die dem Signifikanten gegenüber scheue Frage danach, was es sei, *eine*-Frau-zu-sein. Dieser Verlust präsentiert sich in ihrer Anamnese als ein existenzieller Abgrund ihres *weiblichen* Daseins, der die narrative Kontinuität der Existenz abbrach. Elisabeth von R. klagte über ein „schmerzhaftes Alleinstehen“, über ihr Versagen, „von der Stelle“ zu kommen. Ihr Leiden war, Freud zufolge, der „symbolische Ausdruck“ eines unerträglichen Gedankens:

„Wenn die Kranke die Erzählung einer ganzen Reihe von Begebenheiten mit der Klage schloß, sie habe dabei ihr „Alleinstehen“ schmerzlich empfunden, bei einer anderen Reihe, welche ihre verunglückten Versuche zur Herstellung eines neuen Familienlebens umschloß, nicht müde wurde zu wiederholen, das Schmerzliche daran sei das Gefühl ihrer Hilflosigkeit gewesen, die Empfindung, sie ‚komme nicht von der Stelle‘, so mußte ich auch ihren Reflexionen einen Einfluß auf die Ausbildung der Abasie einräumen, mußte ich annehmen, daß sie direkt einen symbolischen Ausdruck für ihre schmerzlich betonten Gedanken gesucht und ihn in der Verstärkung ihres Leidens gefunden hatte.“ (Freud, 1952)

Elisabeth von R. hatte etwas verloren, von dem sie nicht wusste. Genauso unsere Patientinnen. Man mag nach diesem Verlust in der reinen Materialität der Dinge suchen: in dem Verlust des Ehemannes nach einer Trennung, des kranken Vaters, der Tochter nach ihrem Auszug, der Gebärmutter… Uns scheint aber diese einfache Objektverbindlichkeit unzureichend. Würden diese Objektverluste zu der Erkrankung beitragen, wäre es wegen des dem Objekt eingeschriebenen Diskurs, der selbstverständlich mit ihm gleichzeitig abgeschafft wird, und nicht wegen des Objektverlustes selbst. Die Objekte sind austauchbar innerhalb der Grenze einer bestimmten Erzählung; der Diskurs ist gegensätzlich der Boden, das *Selbstverständliche*, welches nur im Rahmen einer Grenzsituation gezwungenermaßen reflektiert wird. Er gehört zu dem Feld des Glaubens im Sinne von Ortega y Gasset (Ortega y Gasset, 1964). Er ist, was die Bestimmung bedingt, d. h. er ist die Brücke von „*die*“ zu „*diese*“: von *der* allgemeinen Frau – „*~~La~~ femme n‘existe pas*“ – zu *dieser* konkreten, subjektiven, realisierten Frau. Dieser Diskurs ist aber nun durch seine Abwesenheit bemerkbar. Geht das Objekt, das ihn bis dahin aufrechthielt, verloren, taucht wieder die Frage auf, die das abdeckte: Wie komme ich jetzt „von der Stelle“? Was ist es tatsächlich, *eine*-Frau-zu-sein?

**3 Schluss**

Zwischen den Lebensjahren, in denen die Fibromyalgie üblicherweise diagnostiziert wird, erfuhren unsere Patientinnen drei vorrangige Grenzsituationen, welche jeweils mit einem Stützpunkt ihrer Leben angebunden war: die Umwandlung der mütterlichen Position den Kindern gegenüber oder die Erkrankung einer Tochter, die in gewissem Maße diese Position zerbrach, das Ableben der Eltern und demnach der Tochterrolle, die mit der Pflege der Eltern oft zusammenhing und der Auftritt der Menopause oder eine Gebärmutterentfernung beziehungsweise eine Umgestaltung ihrer leiblichen Weiblichkeit. Noch zusätzlich käme die Ehescheidung, die aber nicht verallgemeinerbar erscheint. Der Fall von Elisabeth von R. folgt einem vergleichbaren Schema. Die drei haben mit wesentlichen Aspekten ihrer Geschichte und – unserer Interpretation nach – ihrer Identität zu tun. Diese Stützpunkte hielten sie aufrecht, d. h. das *Frausein* war in einer ganz besonderen persönlichen Weise von ihnen *selbstverständlich* bestimmt, wobei ihr reiner Wille meistens nicht berücksichtig wurde.

Wir streben die These an, dass in der Fibromyalgie, trotz der Unklarheit einer biologischen Störung, etwas spezifisches in Bezug auf den Verlust der narrativen Identität der Patientinnen involviert ist, d. h. einen Abbruch

der bis dahin gültigen Antwort auf die wesentliche Frage, was es ist, *eine*-Frau-zu-sein. Die Abschaffung des materiellen Signifikanten nahm einen symbolischen Verlust mit, weil die Bedingungen nicht mehr vorlagen: die Tochter war schon ausgezogen, der Vater war verstorben, der weibliche Leib erfuhr die Änderungen des Alters.

Wir sehen aber diese Grenzsituation des weiblichen Daseins als eine positive Chance einer neuen Erkenntnis. Ist die ältere, oft sozialfamiliär aufgedrängte Art des *Frauseins* abgelöst, gibt es nun Raum für eine neue Einstellung, die nur gelingen kann, solange sie aus dem wirklichen Willen dieser konkreten, individuellen Frau entsteht. Die Frage nach dem Frausein ist der Aufschwung aller neuen Erkenntnis schlechthin.

**Literaturverzeichnis**

*APAPSIS*. (n.d.). http://www.apapsis.com
Binswanger, L. (1922). *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*. Berlin : J. Springer.
Bloch, E. (1959). Das Prinzip hoffnung :in fünf teilen. In *Gesamtausgabe*.
Branco, J. C. (2010). State-of-the-art on fibromyalgia mechanism. *Acta Reumatológica Portuguesa*, *35*(1), 10–15.
Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clinica*, *149*(10), 441–448.
Croft, P., Rigby, A. S., Boswell, R., Schollum, J., & Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology*.
Croft, P., Schollum, J., & Silman, A. (1994). Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ*.
Deschoux, M. (1972). Le Paradoxe Anthropologique. *Revue de Metaphysique et de Morale*.
Dumont, F. (1981). *L'Anthropologie en l'absence de l'homme*. PUF.
Fink, E., Ebeling, H., Holl, J., van Kerckhoven, G., & Husserl, E. (1988). *VI. cartesianische meditation: Texte aus dem Nachlass Eugen Finks (1932) mit Anmerkungen und Beilagen aus dem Nachlass Edmund Husserls (1933/34). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
Freud, Siegmund. (1920). Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. *Internationale Zeitschrift Für Psychoanalyse*, *VI*.
Freud, Siegmund. (1926). *Die Frage der Laienanalyse*. Internationaler Psychoanalitischer Verlag.
Freud, Sigmund. (1952). *Gesammelte Werke. Erster Band. Werke aus den Jahren 1892-1899*. Imago Publishing Co.
Garcia-Arroyo, J. M. (2016). *El cáncer de mama (2): Metodología de la subjetividad*. Punto Rojo.
Jaspers, K. (1932). *Philosophie. Zweiter Band: Existenzerhellung*. Verlag von Julius Springer.
Lacan, J. (1975a). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XVII L'envers de la psychanalyse*. Éditions du Seuil.
Lacan, J. (1975b). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XX Encore, 1972-1973*. Éditions du Seuil.
Lacan, J. (2006). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XVIII: D 'un discours qui ne serait pas du semblant*. Éditions du Seuil.
Marías, J. (1947). *Antropología Filosófica*. Revista de Occidente.
Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu: Études phénoménologiques et psychopathologiques*. PUF.
Nampiaparampil, D. E., & Shmerling, R. H. (2004). A review of fibromyalgia. In *American Journal of Managed Care*.
Neisser, U. (2008). *Five kinds of self-knowledge Five Kinds of Self-knowledge*. *June 2013*, 37–41.

Ortega y Gasset, J. (1964). Ideas y creencias. In *Obras completas. Tomo V (1933-1941)* (6th ed.). Revista de Occidente.
Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, *17*(8).
Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms-GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*.
Ricoeur, P. (1987). *Narrative Identität* (E. Mittler (Ed.); Heidelberg, pp. 57–67). Springer Berlin Heidelberg.
Ruiz Pérez, G. (2018). *Estudio de la subjetividad en pacientes con fibromialgia*.
San Martín Sala, J. (2014). Antropología Filosófica I. De la Antropología científica a la filosófica, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia. In *Daímon*.
Turk, D. C., & Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. In *Pain management* (Vol. 6, Issue 4, pp. 357–369).
Valenciano Gaya, L. (n.d.). *Discurso inaugural del I Congreso Nacional de Interculturalidad*.
Ware, N. C. (1992). Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*.
Zavestoski, S., Brown, P., McCormick, S., Mayer, B., D'Ottavi, M., & Lucove, J. C. (2004). Patient activism and the struggle for diagnosis: Gulf War illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US. *Social Science and Medicine*.
Zutt, J., & Kulenkampff, C. (1958). Das Paranoide Syndrom in Anthropologischer Sicht. In *Das Paranoide Syndrom in Anthropologischer Sicht* (Issue September 1957).
Zutt, J. (1963). Auf dem Wege zu Einer Anthropologischen Psychiatrie. In *Auf dem Wege zu Einer Anthropologischen Psychiatrie*. Springer Berlin Heidelberg.

Endnoten

1 Dieses und alle weiteren fremdsprachigen Zitate wurden vom Autor ins Deutsche übersetzt

## Zum Autor

Guillermo Ruiz Pérez ist Assistenzarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin des Immanuel Krankenhauses in Rüdersdorf bei Berlin. Aktuell übt er seine Tätigkeit bei dem stationsäquivalenten Behandlungsteam aus. Außerdem studiert er Philosophie an der UNED in Madrid.
Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin

## Kontakt

guillermoruiz.perez@immanuelalbertinen.de